

> Médecins omnipraticiens

Invalidité et autres modifications à votre entente

Amendement n° 197

Les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et ceux de votre fédération ont convenu de modifier votre entente.

1 Nouveau calcul des prestations d'invalidité – Honoraires fixes

Le nouveau calcul des prestations d'invalidité entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} janvier 2020**.

Vous n'avez aucune action à poser. Nous procéderons à la révision des prestations d'invalidité et effectuerons l'ajustement annuel, s'il y a lieu.

1.1 Assurance invalidité

Le [paragraphe 8.02 a\) iii\) de l'Annexe VI](#) relatif au régime d'assurance invalidité de base est modifié.

Que vous soyez en invalidité totale ou en retour progressif, lorsque vous vous absentez pour une période d'au plus 104 semaines, nous pourrions vous verser tout autre rémunération, indemnité, prestation ou congé payé en plus de votre prestation d'invalidité.

En concordance, le [paragraphe 8.05 b\)](#) est modifié. Ce changement est inscrit au contrat d'assurance relatif au régime complémentaire obligatoire d'assurance invalidité.

1.2 Calcul des prestations d'invalidité

Le [paragraphe 8.07 de l'Annexe VI](#) est modifié.

Lorsque vous vous absentez de vos fonctions pour une invalidité, vous avez droit à :

- une prestation de 100 % de votre traitement hebdomadaire à honoraires fixes pour les 3 premières semaines;
- une prestation de 80 % de votre traitement hebdomadaire à honoraires fixes pour les 101 semaines suivantes.

Pour les 3 premières semaines, les prestations d'invalidité sont réduites de toute autre rémunération.

Pour les 101 semaines suivantes, auparavant la prestation d'invalidité du médecin était réduite de toute autre rémunération dépassant 15 % des prestations. Désormais, les prestations d'invalidité sont réduites de toute rémunération, tous modes de rémunération confondus, qui excède 90 % des honoraires bruts totaux reçus de la RAMQ avant l'invalidité. La période considérée est établie selon le paragraphe 1.12 de l'Annexe VI.

Pendant l'invalidité, si le cumul de vos honoraires, tous modes de rémunération confondus, dépasse ce montant de 90 % de vos honoraires bruts totaux, nous ajusterons rétroactivement les prestations d'invalidité que nous vous avons versées.

Cet ajustement rétroactif s'effectue annuellement sur les semaines où nous vous avons versé des prestations d'invalidité.

1.3 Calcul des honoraires bruts totaux

Les honoraires bruts totaux se calculent avant l'invalidité en additionnant vos honoraires, peu importe le mode de rémunération, vos congés ou vos prestations reçus pendant la période retenue pour établir le montant de vos prestations d'invalidité de base.

Sont exclus de ce calcul :

- vos frais de sortie, votre prime d'éloignement ou d'isolement et le remboursement de vos frais de déménagement constituant des mesures incitatives de l'Annexe XII;
- les forfaits que nous vous avons versés pour les journées de pratique significatives de l'Annexe XXI;
- le remboursement de l'assurance responsabilité professionnelle de l'[Entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle](#) et de l'[article 4 de la Section II de l'Annexe XII](#);
- les remboursements de frais de déplacement et l'indemnité pour les frais de kilométrie;
- les forfaits suivants :
 - le [forfait d'inscription générale](#),
 - le [montant supplémentaire à l'inscription générale](#),
 - le [forfait annuel de prise en charge](#),
 - la [majoration relative à la pratique polyvalente](#),
 - le [forfait de familiarisation et de gestion du changement](#),
 - le [forfait du supplément au volume de patient inscrit](#),
 - les forfaits versés dans le cadre des lettres d'entente nos [368](#), [370](#), [372](#), [374](#) et [376](#);
- tout autre montant vous étant versé qui, en vertu de l'Entente ou par avis écrit du comité paritaire, est expressément exclu du calcul du présent paragraphe.

Les éléments de rémunération exclus du calcul des honoraires bruts totaux sont aussi exclus du calcul de la rémunération reçue pendant la période d'invalidité.

1.4 Forfait d'inscription et forfait annuel de prise en charge

Depuis le 1^{er} janvier 2024, si vous êtes en invalidité totale à honoraires fixes, mais que sous un autre mode de rémunération, dans un autre milieu, vous poursuivez tout de même vos activités de suivi de clientèle en première ligne, remplissez le nouveau formulaire [Avis d'un médecin omnipraticien rémunéré à honoraires fixes en période d'invalidité – Poursuite des activités en première ligne – Annexe VI](#) (4543). Vous n'avez pas à remplir ce formulaire si vous êtes en retour progressif à honoraires fixes. Ainsi, nous pourrions continuer de vous verser toute autre rémunération, y compris les forfaits prévus pour le suivi de clientèle de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* (40).

Si vous n'êtes plus en mesure de poursuivre vos activités de première ligne au cours de votre période d'invalidité totale, transmettez-nous ce formulaire à nouveau.

1.5 Montant forfaitaire pour les années 2014 à 2019

La nouvelle [Lettre d'entente n° 385 concernant le versement de montants forfaitaires découlant de l'application de certaines modifications apportées aux paragraphes 8.02 a\) iii\), 8.05 b\) et 8.07 de l'Annexe VI et aux paragraphes 10.01, 11.03 B\) de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle et concernant le financement des montants forfaitaires versés](#) est introduite rétroactivement au 1^{er} janvier 2020.

Si vous étiez rémunéré à honoraires fixes et que vous étiez en invalidité de 2014 à 2019, vous recevrez un montant forfaitaire. Celui-ci est établi par les parties négociantes.

Il est exclu du calcul du revenu brut trimestriel.

Vous n'avez aucune action à poser.

Ce montant forfaitaire sera versé sur l'état de compte du 26 janvier 2024. Malgré la période inscrite sur votre état de compte, sachez que le forfait couvrira l'ensemble de la période du 1^{er} mai 2014 au 31 décembre 2019. Le libellé paraissant sur l'état de compte sera *Forfaitaire LE 385*.

2 Consultations virtuelles en temps différé

Le [paragraphe 2.4.10.1](#) du Préambule général est modifié.

Vous pouvez utiliser la plateforme de soins virtuels désignée par le MSSS pour transmettre une demande de consultation pour la gestion en douleur chronique (code de facturation **15896**).

De plus, dorénavant, vous pouvez vous prévaloir d'un montant forfaitaire lorsque vous remplissez et transmettez la documentation requise pour faire une demande de consultation virtuelle **en temps différé (asynchrone)** pour un patient que vous soignez en télédermatologie ou en gestion de la douleur chronique (codes de facturation **15895** et **15896**).

Vous pouvez vous prévaloir de 2 forfaits si le temps requis pour remplir et transmettre la demande pour un même patient excède 15 minutes.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} avril 2023**.

Vous avez **90 jours** à compter de la date de la présente infolettre pour facturer vos services rétroactivement au **1^{er} avril 2023**.

3 Téléconsultation

Les services liés à la téléconsultation sont ajoutés à l'onglet [B – Consultation, examen et visite du Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte](#).

| Code de facturation | Libellé | Tarif (\$) | Date d'entrée en vigueur |
|---------------------|--|------------|----------------------------|
| 15895 | Télédermatologie, en cabinet | 29,30 | 15 février 2022 |
| | Télédermatologie, en établissement | 22,00 | |
| 15896 | Gestion en douleur chronique, en cabinet | 29,30 | 1 ^{er} avril 2023 |
| | Gestion en douleur chronique, en établissement | 22,00 | |
| 15894 | Communication par conseil numérique (eConsult), en cabinet | 29,30 | 16 mars 2020 |
| | Communication par conseil numérique (eConsult), en établissement | 22,00 | |

4 Rémunération mixte (Annexe XXIII)

À l'[annexe I de l'Annexe XXIII](#), certains tableaux de suppléments d'honoraires sont modifiés.

Sont ajoutées à la section *Services médicaux* des tableaux de suppléments d'honoraires des sections B-1 à B-3, C-1 à C-6, D-1 et E-1 :

- la télédermatologie (code de facturation **15895**). Cet ajout entre en vigueur rétroactivement au **15 février 2022**;
- la communication par conseil numérique (eConsult) (code de facturation **15894**). Cet ajout entre en vigueur rétroactivement au **16 mars 2020**;
- la gestion en douleur chronique (code de facturation **15896**). Cet ajout entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} avril 2023**.

Vous avez **90 jours** à compter de la date de la présente infolettre pour facturer vos services rétroactivement à la date d'entrée en vigueur indiquée.

5 Téléconsultation – Médecin hors Québec

La date d'entrée en vigueur du [2^e alinéa de l'article 3.13.1 de la Lettre d'entente n° 269](#) est modifiée. Cet alinéa vise le médecin hors Québec qui rend des services par voie de télécommunication.

Il entre en vigueur rétroactivement au **14 janvier 2021** au lieu du 16 mars 2020.

6 Soins intensifs à domicile en CLSC (Lettre d'entente n° 336)

Le [paragraphe 1.01 de la Lettre d'entente n° 336](#) est modifié. La notion de « courte période » est retirée.

La prise en charge est effective jusqu'à la stabilisation de l'état de santé ou jusqu'à la fin de vie pour les usagers qui présentent des signes de déclin ou de décompensation rapprochés, ce qui inclut les usagers en soins palliatifs.

Le paragraphe 1.04 est repositionné en tant que paragraphe 1.02 et les actuels paragraphes 1.02 et 1.03 sont renumérotés.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} septembre 2018**.

7 Clinique désignée populationnelle

L'[alinéa 2\) de l'article 1.2 de la Lettre d'entente n° 381](#) est modifié. Pour être désignée, la clinique désignée populationnelle (CDP) doit offrir au moins un bloc de **2 h** consécutives de plages consacrées à ses activités de 8 h à 22 h, et ce, au moins **2 jours par semaine**.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} novembre 2022**.

8 Site non traditionnel ambulatoire

L'[alinéa 1\) de l'article 1.2 de la Lettre d'entente n° 382](#) est modifié. Pour être désigné, le site non traditionnel ambulatoire doit offrir au moins un bloc de **2 h** consécutives de plages consacrées à ses activités de 8 h à 22 h, et ce, au moins **2 jours par semaine**.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} novembre 2022**.

9 Protocole d'accord – CISSS, CIUSSS ou établissement de la région du Nord-du-Québec, de la région du Nunavik ou de la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James

Le [paragraphe 4.03](#) est ajouté au *Protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice d'un CISSS, d'un CIUSSS ou de l'établissement responsable de la région du Nord-du-Québec, de la région du Nunavik ou de la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James*.

Si vous êtes un médecin qui agit à titre de cogestionnaire des services médicaux au sein d'un CHSLD, vous pouvez vous prévaloir des modalités de rémunération du présent protocole.

Le directeur des services professionnels ou le chef de département clinique de médecine générale nous envoie la liste des médecins qui effectuent les activités visées. Cette liste tient lieu de nomination.

Cette modification entre en vigueur le **1^{er} janvier 2024**.

À compter du **1^{er} janvier 2024**, utilisez :

- le code d'activité **049412** Activités de fonctionnement pour cogestionnaire en CHSLD;
- le numéro d'établissement du CISSS, du CIUSSS ou de l'établissement visé à l'[annexe I](#) du présent protocole.

c. c. Agences de facturation commerciales